

Crisis terminal del sistema sanitario vigente	Titulo
Mas, Juan Carlos - Autor/a; CELA, Centro de Estudios Latinoamericanos Justo Arosemena - Compilador/a o Editor/a;	Autor(es)
Tareas (no. 126 mayo-ago 2007)	En:
Panamá	Lugar
CELA, Centro de Estudios Latinoamericanos Justo Arosemena	Editorial/Editor
2007	Fecha
	Colección
Programas sanitarios; Sistema de salud; Sistema sanitario; Panamá;	Temas
Artículo	Tipo de documento
http://bibliotecavirtual.clacso.org.ar/Panama/cela/20120717034943/crisisterminal.pdf	URL
Reconocimiento-No comercial-Sin obras derivadas 2.0 Genérica http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/deed.es	Licencia

Segui buscando en la Red de Bibliotecas Virtuales de CLACSO

<http://biblioteca.clacso.edu.ar>

Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales (CLACSO)

Conselho Latino-americano de Ciências Sociais (CLACSO)

Latin American Council of Social Sciences (CLACSO)

www.clacso.edu.ar



Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales
Conselho Latino-americano de Ciências Sociais
Latin American Council of Social Sciences



CRISIS TERMINAL DEL SISTEMA SANITARIO VIGENTE*

Juan Carlos Mas**

*Nuevos ejes de acumulación y naturaleza.
El caso del turismo*, Allen Cordeo Ulate,
2006. Publicación de la Colección Be-
cas de Investigación del Consejo Lati-
noamericano de Ciencias Sociales
(CLACSO), Buenos Aires.

La Salud Pública es una elaboración histórica, y sus resultados son pertinentes y consecuentes al desarrollo social alcanzado. Esto es válido para todas las sociedades del mundo y por lo tanto para la nuestra.

Nunca, como hasta ahora, ha sido más evidente la correspondencia entre el tipo de sociedad que se tiene y sus resultados en términos sanitarios. Nuestra Salud Pública puede expresarse en paralelo con el desarrollo de sus instituciones, porque ella es expresiva del grado de maduración y puesta al día de todos los resguardos creados por la sociedad para su autoprotección. Paradójicamente lo que tenemos hoy ante nosotros resulta entonces espejo de la distorsión de una sociedad, que lejos de constituirse bajo un modelo normativo del desarrollo maduro a la europea, ha recreado un capitalis-

*Tomado de *Expresiones* (publicación virtual), año 3, número 69, 1-15 de diciembre de 2006.

**Médico especializado en salud pública.

mo mafioso a la colombiana, o la mexicana – sin que esto se interprete como alusión a sus nobles pueblos, sino a sus establecimientos gobernantes. En una sociedad así, la obtención de la ganancia máxima en las transacciones se hace vulnerando todos los mecanismos de control, que un tipo de sociedad basada en el lucro-inevitable en el sistema capitalista- establece para darle una cierta normatividad a las operaciones, para que las restricciones normadas operen como un intento de freno contra las ambiciones y codicia desmedidas. Ese es el “deber ser” aparente del capitalismo desarrollado. Ese es el papel de la norma en una sociedad como la que aparentamos ser.

De las etapas sanitarias correspondientes a nuestra acumulación histórica recordamos el periodo pre-republicano de nuestra salud, que se modeló en la existencia de instalaciones, con propósito limitado de asistencia y de caridad, expresivas de las instituciones castrenses y religiosas de los periodos colonial y neogranadino; pero la revolución de las necesidades impuesta por el proyecto canalero franco-americano, determinó el surgimiento del enfoque sanitario preventivista que produciría eficacia en los resultados de salud, y eficiencia del esfuerzo productivo para la concreción de la zanja interoceánica.

Fue aquella la época del ataque a las endemias transmisibles, de las campañas de erradicación de focos que se institucionalizaron canalizándose como intención de saneamiento y control hasta 1941. Desde ese momento, con la creación del Seguro Social, nuestro sistema sanitario se enrumió teniendo como norte la generalización del derecho a la atención. A partir de 1970 se inicia la revolución en la administración de la salud, que tiene a lo interno su expresión en la forma programática de la estructura de las instituciones, y a lo externo se expresa en la vocación de participación comunitaria. El énfasis epidemiológico de la gerencia, según grupos de expuestos, obligaba a la participación de esos mismos grupos y a su promoción social. La integración de salud estableció la obligación de las instituciones del sector de marchar con el mismo paso y al mismo ritmo, por la misma senda.

Todo llegó a su fin en correspondencia con la interrupción del ímpetu político social de aquel proceso institucional,

que ocupó el escenario nacional y la atención internacional en la década de 1970. A partir de 1984 comenzó la época del desmantelamiento neoliberal de aquel ímpetu sanitario que podríamos llamar “esquivelismo”. El rejuego electorero, que se impuso desde entonces, importó hacia adentro del sistema sanitario el estilo farandulés de caravanas y ferias, bueno para ganar votos, pero no para construir institucionalidad. Esto ha dado como resultado lo que hoy tenemos: un sistema que atenta contra la esencia del progreso histórico en cualquier sociedad, que es la acumulación. El modelo de gerencia de salud actual, se ha superpuesto sobre la estructura sanitaria previa –distorsionándola-, atentando contra la acumulación cultural, científica y normativa, en un permanente sube y baja, con rotación frenética de cargos y puestos, basada en el clientelismo partidista y no en las carreras de la función pública. La crisis moral del neoliberalismo se traslada a la práctica sanitaria, impregnando a sus actores del hedonismo de querer ser y aparecer sin el compromiso de hacer, que es el que legitima la aspiración de merecer.

La situación vivida por nuestros pueblos en materia de salud es un espejo de la realidad económica del país. Expliquemos esto: todos sabemos que el nuestro, como los demás países de América Latina, no es un país pobre, siendo así que la administración de los recursos es dirigida a perpetuar la injusticia y la inequidad. Entonces nuestros problemas son de mala administración del Estado. De la misma manera, no existe en la actualidad posibilidad de inculpar a graves pandemias, o a endemias inatacables, por la situación de salud de nuestros pueblos. Si algo malo ocurre bastará con seguir el hilo de las responsabilidades para encontrar más arriba la culpa grave por omisión, o por comisión.

El desarrollo sanitario panameño se basaba en la aplicación racional de un esquema de atención por niveles, en el cual los problemas más simples se atendían con procedimientos más sencillos y menos costosos. Este es el presupuesto teórico para que los recursos tengan la cobertura que alcanze para cubrir a la mayoría de la población. En la evolución de este desarrollo, la elaboración de medicamentos sencillos y la adquisición de genéricos era un paso inexcusable para

construir un sistema sanitario basado en la racionalidad y la intención de equidad. Esta medida siempre fue adversada por los intereses creados que intentan siempre sacar provecho de las necesidades de la población. Lo que ha sucedido con el laboratorio de medicamentos de la Caja de Seguro Social refuerza, causal o causalmente, la posición de aquellos que desean que la evolución del sistema sanitario panameño se detenga y gire hacia la terciarización y privatización. Esto ha sido un duro golpe para el modelo de Atención Primaria y su continuidad mediante un Sistema de Niveles de Atención.

De una cosa estamos seguros: con la presente crisis causada por la vulneración mafiosa de los resguardos sociales, que son la razón de ser de un Estado, el modelo sanitario vigente en los últimos años, llegó a su fin. Oigase bien: ninguna reforma improvisada del sector salud, basada en recetas foráneas sin la consulta a los genuinos actores será viable. Desde este punto de vista la flexibilización laboral y precarización del empleo en el sector salud son inadmisibles. Un Estado que rescate su propia legitimidad debe reasumir sus funciones sin desviarla hacia entidades sin pertinencia sanitaria. Un nuevo modelo sanitario único, estatal y estructurado alrededor de las carreras de la función pública, deberá surgir en el marco de un Estado refundado y no reformado. Esa es una tarea de todos los ciudadanos, pero es una obligación inexcusable de quienes practicamos la Salud Pública.

HISTORIA Y SOCIEDAD

LA EXTRAVAGANTE HISTORIA DEL FALSO HERMANO GONZALO DE LA MADRE DE DIOS DEL ROSARIO

Un estudio de mentalidades

Alfredo Castillero Calvo*

El 1º de febrero de 1677, el enviado extraordinario de España en Portugal, abad de Maserati, le escribía a Francisco Fernández de Madrigal, del Consejo de Indias, las primeras noticias que había podido recoger en Lisboa sobre un sujeto que se hacía llamar hermano Gonzalo de la Madre de Dios del Rosario, “que en el siglo tuvo el nombre y apellidos de don Gonzalo de Meneses y Alencastre”. Se le había pedido que averiguara tres puntos: si el hermano Gonzalo era hijo del inquisidor general de Portugal D. Pedro de Meneses y Alencastre, como él aseguraba, si fue “de la orden de Cristo y después de la de San Juan, con el goce de una encomienda de valor de cuatro a cinco mil ducados en este mismo reino, y poseyó en él hacienda propia en los lugares de Castro o Viñas”, así como cualquier otro detalle de su vida y costumbres.

*Profesor investigador del Departamento de Historia de la Facultad de Humanidades de la Universidad de Panamá.